1885-1886 FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 54

# QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

# TRAITEMENT

DE LA

# PLEURÉSIE PURULENTE

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

**Présentée et soutenue publiquement le 21 Juillet 1886**

PAR

**Julien-Guillaume LAFAGE**

Né le 19 Octobre 1855 à Ste-Livrade (Lot-et-Garonne)

Noms des Examinateurs :

De FLEURY, *Président*.
MASSE.
DEMONS.
LEFOUR.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, place Pey-Berland
—
1886

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

# QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LE
# TRAITEMENT
DE LA
# PLEURÉSIE PURULENTE

## THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Juillet 1869

PAR

Julien-Guillaume LAFARGUE
Né à [illegible] (Gironde)

Président : M. [illegible]
Professeurs : MM. RAYER, J. TEMPIS, LEFORT

BORDEAUX
IMPRIMERIE LAFARGUE, 30 place Puy-Paulin
1869

1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 54

# QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

# TRAITEMENT

DE LA

# PLEURÉSIE PURULENTE

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

**Présentée et soutenue publiquement le 21 Juillet 1886**

PAR

**Julien-Guillaume LAFAGE**

Né le 19 Octobre 1855 à Ste-Livrade (Lot-et-Garonne)

NOMS DES EXAMINATEURS

DE FLEURY, *Président.*
MASSE.
DEMONS.
LEFOUR.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, place Puy-Berland.
—
1886

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
## DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen honoraire. | M. PITRES..... Doyen.

### PROFESSEURS

M. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
M. BITOT..... }

| | MESSIEURS |
|---|---|
| Anatomie | BOUCHARD. |
| Physiologie | ORÉ. |
| Physique | MERGET. |
| Chimie | BLAREZ, chargé du cours |
| Histoire naturelle | GUILLAUD. |
| Pathologie thérapeutique générales | VERGELY. |
| Pathologie interne | DUPUY. |
| Pathologie externe | AZAM. |
| Anatomie pathologique | COYNE. |
| Histologie et Anatomie générales | VIAULT. |
| Médecine opératoire | MASSE. |
| Pharmacie | FIGUIER. |
| Thérapeutique | DE FLEURY. |
| Hygiène | LAYET. |
| Médecine légale | MORACHE. |
| Médecine expérimentale | JOLYET. |
| Matière médicale | PERRENS. |
| Clinique médicale | PICOT. PITRES. |
| Clinique chirugicale | BOURSIER, ch. du cours. LANELONGUE. |
| Clinique obstétricale | MOUSSOUS. |
| Clinique ophtalmologique | BADAL. |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE :

#### SECTION DE MÉDECINE

| | |
|---|---|
| Pathologie interne et Médecine légale | ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. LANDE. |

#### SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

| | |
|---|---|
| Pathologie externe | BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. DEMONS. DUDON. |
| Accouchements | LEFOUR. |

#### SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie.... M. PLANTEAU. | Histoire naturelle..... M. PÉRIER.

#### SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

| | |
|---|---|
| Physique | BERGONIÉ. |
| Chimie et Toxicologie | BLAREZ. |
| Pharmacie | CARLES. |

### MAITRES DE CONFÉRENCES :

Physique..... MM. BERGONIÉ. | Histoire naturelle..... MM. PÉRIER.
Chimie..... CARLES | Accouchements..... LEFOUR.

Anatomie topographique..... M. PIÉCHAUD

### CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf..... MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Clinique chir. des enf..... BITOT. | Maladies mentales..... N....

*Le Secrétaire de la Faculté,* F. LAMBERT DES CILLEULS.

---

**La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.**

# A MON PÈRE ET A MA MÈRE

---

## A M. LE DOCTEUR VERGNIAUD

Médecin de 1re classe de la Marine

---

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

## M. LE DOCTEUR DE FLEURY

Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Officier de l'Instruction publique

# INTRODUCTION

La question que nous avons choisie comme sujet de dissertation inaugurale, a donné lieu à de si nombreuses et si remarquables recherches de la part des cliniciens les plus éminents, que nous avons beaucoup hésité avant d'entreprendre ce travail.

Cependant, malgré la perfection des procédés, malgré les progrès immenses que l'antisepsie a fait faire à toutes les méthodes chirurgicales, la maladie qui nous occupe fait encore de trop nombreuses victimes, et nous croyons qu'on peut toujours répéter ce que Moutard-Martin écrivait en 1872 (1) : « La pleurésie purulente est une maladie tellement grave, qu'il est déjà très-beau de la guérir quelquefois, sans avoir la prétention de la guérir toujours. »

Aussi pensons-nous qu'il n'est pas sans quelque intérêt de faire connaître les moyens auxquels on est redevable de plusieurs succès.

Telles sont les considérations qui nous ont décidé à soumettre ce modeste travail à l'indulgente appréciation de nos juges.

---

(1) *Moutard-Martin : la pleurésie purul. et son traitement. Paris 1872.*

Nos observations sont tirées de la clinique médicale de Brest. M. le Dr Vergniaud, à qui nous les devons, nous a, en outre, fourni tous les renseignements qu'il nous a plu de lui demander, avec une telle bienveillance, que nous lui adressons ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nous sommes également très-reconnaissant à M. le Dr Nielly, professeur de clinique médicale à Brest, qui a bien voulu nous permettre de faire connaître le trocart dont il est l'inventeur.

On ne trouvera, dans ce travail, rien qui se rapporte à la semeiologie, à l'anatomie pathologique ou à la symptomatologie de la pleurésie purulente. C'est sur le traitement seul que nous avons voulu présenter quelques considérations.

Que M. le professeur de Fleury, auprès de qui nous avons trouvé un si bienveillant accueil, reçoive tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

# CHAPITRE Ier

## Impuissance du traitement médical.

On a reconnu depuis longtemps que le traitement médical était par lui-même impuissant à amener la guérison des épanchements pleurétiques purulents.

Les émissions sanguines, les révulsifs, les expectorants, les diaphorétiques, peuvent peut-être avoir une action palliative, mais rien de plus. « Les purgatifs, les diurétiques n'ont jamais fait, en pareil cas, que dégrader le tube digestif et fatiguer les reins (1). »

Le jaborandi, la pilocarpine plus récemment recommandés, et dont l'efficacité dans les pleurésies séreuses est admise par de nombreux auteurs, ne peuvent rien contre les épanchements de pus. Déjà, en 1847, Bricheteau disait dans son rapport à l'académie de Médecine : « La plupart des cas tant vantés de guérisons obtenues par des médicaments dits altérants, dépuratifs, expectorants, ont rapport à des cas douteux, qui, par suite d'une erreur de diagnostic, ont souvent à tort été considérés comme des empyèmes. » Aujourd'hui tous les cliniciens sont unanimes pour reconnaître qu'à la pleurésie purulente il faut un traitement chirurgical (2). »

---

(1) *Pever : Clin. méd.*

(2) *Dieulafoy : Path. int.*

Bien qu'Hippocrate eût déjà indiqué l'ouverture de la poitrine comme étant le traitement le plus convenable, cette opération n'est entrée définitivement dans la pratique que depuis un petit nombre d'années. Il est vrai que les résultats obtenus n'étaient guère encourageants : Velpeau, sur 12 opérés avait 12 morts; sur 50, Dupuytren n'enregistrait que 2 succès; aussi refusait-il l'opération pour lui-même « aimant mieux mourir de la main de Dieu que de celle des hommes. » Cependant en Angleterre, bien qu'Astley Cooper n'eût eu qu'un succès dans toute sa carrière, les résultats étaient peut-être moins mauvais, et plusieurs guérisons avaient été signalées.

Mais, lorsque Dieulafoy eût inventé l'aspiration (1869), à la crainte exagérée qu'éprouvaient les cliniciens à ouvrir la poitrine, succèda une assurance presque sans bornes. Cette méthode qui permettait d'aller « le vide à la main », suivant la pittoresque expression de son auteur, puiser les liquides dans les parties les plus profondes de l'organisme, suscita un engouement qui ne se calma un peu que lorsque Besnier (1) vint démontrer que la mortalité de la pleurésie avait doublé en six ans. On se montra dès lors un peu plus circonspect.

Cependant le remarquable mémoire de Moutard-Martin (1872) contribua largement à faire admettre à la plupart des médecins, la nécessité d'une intervention chirurgicale. Depuis cette époque, la thèse si remarquable de Peyrot (1876), le travail de M. Homolle (1879-1880), la thèse de M. Robert (1881), le mémoire de M. Hache (1883), plusieurs autres thèses et une foule d'observations publiées tant en France qu'à l'étranger, ont définitivement démontré que la pleurésie purulente n'était justiciable que des moyens chirurgicaux.

---

(1) *Soc. méd. Hôp. Paris, 1873*

Il n'est pas douteux, cependant, que la résorption du pus puisse se faire complètement dans les épanchements très-circonscrits. Moutard-Martin a rapporté un cas de guérison, sans fistule, bien qu'il n'y ait pas eu d'intervention. Mais les cas de ce genre sont si exceptionnels, qu'on ne peut ni ne doit compter sur une semblable terminaison.

# CHAPITRE II

## Procédés anciens ou peu usités.

Les moyens que l'on a proposés contre la pleurésie purulente sont très-nombreux, plus nombreux encore les instruments et appareils imaginés par les divers auteurs : ponction simple, aspiration, ponction unique ou répétée avec ou sans lavages, évacuation continue et lavages au moyen de cauules ou de drains à demeure, siphon de Potain, siphon de Potain modifié par Denucé, irrigateur-aspirateur de M. Maréchal (de Brest), enfin empyème ou mieux pleurotomie, car cette expression, qui a été proposée par M. Peyrot et qui est généralement employée aujourd'hui, a l'avantage de désigner nettement l'incision de la plèvre sans présenter l'inconvénient de s'appliquer également à la maladie et à l'opération comme le mot empyème.

Parlerons-nous de la méthode préconisée par M. Steiger, de Lucerne, l'expectation? Cet auteur, sur 21 cas, aurait eu 20 guérisons, tandis qu'il aurait perdu 5 de ses opérés sur 6. Il faut admettre que M. Steiger a eu une série exceptionnellement heureuse, car Landgraff et Goodhart (cités par Robert) ont eu, en l'imitant, l'un 8 morts sur 10 malades, et l'autre 11 morts sur 15. Aussi nous ne nous arrêterons pas plus long-

temps sur cette méthode, car, en présence d'un empyème, il y a évidemment mieux à faire qu'à se croiser les bras.

Les ponctions simples comptent des succès ; cette méthode a été longtemps la seule usitée; elle a été souvent employée par Trousseau et par Bretonneau, à qui l'on doit d'avoir remis en honneur l'ouverture de la poitrine. On se servait du trocart de Reybard, dont la canule était munie d'une chemise de baudruche pour empêcher l'entrée de l'air; Moutard-Martin, Bourdon et plusieurs autres ont rapporté des exemples de guérison radicale, à la suite d'une seule ponction évacuatrice.

On a cherché à obtenir l'écoulement continu du pus, et, dans ce but, on a employé des canules à demeure, en métal ou en caoutchouc, d'abord fermées par un bouchon qu'on retirait de temps en temps, puis garnies d'une baudruche humide qui permettait la sortie permanente des liquides, en s'opposant à l'introduction de l'air. Mais, préoccupés par la crainte de cette entrée de l'air, les médecins n'osaient pas faire de lavages, ou ne les faisaient pas largement; et, comme ils ne pratiquaient pas l'antisepsie, les résultats obtenus étaient mauvais.

La ponction aspiratrice se fait avec l'appareil de Dieulafoy ou avec celui ne Potain; c'est ce dernier que l'on préfère en général, parce que l'aiguille creuse de Dieulafoy, sert en même temps à faire la ponction et à permettre l'écoulement du liquide ; or, on peut craindre que le poumon, en se dilatant, vienne buter contre la pointe de l'aiguille, et par suite se blesser. Mais ces appareils sont trop connus pour que nous en fassions une description comparative.

Quoiqu'il en soit du manuel opératoire, il est certain que l'aspiration simple, unique ou répétée, a produit des guérisons. Dieulafoy, Bouchut, ont rapporté des cas où l'épuise-

ment graduel de la collection purulente, a été obtenu à l'aide de ponctions aspiratrices. Fiedler (1), a eu des succès par cette méthode : il se sert d'une aiguille tubulée double, spéciale, qui, parait-il, empêche complètement l'entrée de l'air. Peyrot, Homolle, Robert, accordent tout au moins à l'aspiration une utilité palliative incontestable. M. Hache (2) dit que c'est un moyen de diagnostic parfait; il suffit, d'ailleurs, pour s'en convaincre, de se rappeler le cas où Trousseau, croyant à la purulence de l'épanchement, pratiqua l'empyème d'emblée, et n'obtint qu'un liquide purement séreux. Mais M. Hache dit que les guérisons par l'aspiration sont exceptionnelles, et que, de plus, il reste d'après M. Cabot (3), dans la plèvre des individus ainsi guéris, un foyer caséeux qui peut conduire à la tuberculose ou amener des inflammations du poumon. Par conséquent « lorsque l'aspiration échoue, elle fait perdre un temps précieux pendant lequel l'état local et général du malade s'aggrave, et, si elle réussit exceptionnellement, elle laisse persister une menace d'accidents ultérieurs. »

Sans doute les cas de guérison sont assez rares, mais il en existe un certain nombre dans la science, et c'est suffisant pour qu'on ne proscrive pas aussi formellement l'emploi d'une méthode qui a rendu et qui peut être appelée à rendre des services importants. D'autant plus qu'il n'est pas démontré que les dépôts caséeux dont parle M. Cabot, se rencontrent dans tous les cas.

Robert (4), qui préconise tant la pleurotomie, raconte qu'il a vu en 1872, dans le service de M. Bucquoy, un malade

---

(1) *Volkman's. Klin. Vortrage. Berlin 1882.*
(2) *Rev. de chir. 1885.*
(3) *New-York, méd. Journ. 1880.*
(4) *Thèse de doctorat. Paris, 1881.*

« très-heureusement traité par des ponctions capillaires fré quemment renouvelées. » Chez cet individu, la pleurotomie fut rendue nécessaire par la formation d'un abcès dans la paroi thoracique (on avait fait 36 ponctions). Il n'est pas très-étonnant qu'un nombre de ponctions aussi considerable, dans la même région, non suivies de pansements antiseptiques, ait déterminé la production d'un foyer purulent.

Dans la discussion qui eut lieu à l'Académie de Médecine ne 1872, Hérard dit expressément que les ponctions aspiratrices doivent précéder les méthodes plus compliquées. Moutard-Martin, Guéneau de Mussy, etc..., n'ont-ils pas obtenu des succès par l'aspiration seule ?

Mais nous nous empressons de dire que l'aspiration, de même que la simple ponction, sont surtout des palliatifs qui permettent au malade d'attendre le moment d'une intervention plus énergique. Rien qu'à ce titre, ces méthodes mériteraient d'être conservées dans la pratique. Et puis, on n'a pas le droit, croyons-nous, de ne pas faire profiter le malade d'un moyen simple, inoffensif, si toutes les précautions ont été prises, les chances de succès fussent-elles encore moindres.

Il est certains procédés que nous ne ferons que citer, car ils sont abandonnés aujourd'hui. Le drainage, tel qu'il a été imaginé par Chassaignac, avec un trocart Courbe exige une certaine habileté, et Robert dit qu'on a vu des cas où en cherchant à faire la seconde ouverture, on a embroché le poumon ou le foie. Le procédé de M. Gosselin n'est autre chose qu'un véritable empyème, avec contre-ouverture.

Nous ne nous arrêterons pas davantage à la description des instruments plus ou moins ingénieux qui ont été imaginés dans le but d'abréger ou de simplifier le temps de l'opération qui consiste à ouvrir la cavité pleurale.

**Siphon de Potain.** — Avant d'aborder l'étude du traitement qui est aujourd'hui généralement employé contre la pleurésie purulente, nous croyons devoir nous arrêter un instant devant une thèse qui a paru à Bordeaux en 1882 (1), et d'après laquelle le siphon de Potain, modifié par M. Denucé, constituerait une méthode supérieure à toutes les autres.

Nous croyons inutile de donner, après tant d'autres, la description du siphon de Potain. La modification de M. Denucé a pour but d'assurer la constance de l'écoulement à l'abri de l'air.

D'après l'auteur de ce travail, « les divers modes opératoires (ponction, drainage, empyème), sont plus ou moins défectueux, et entravent plus ou moins la guérison, tandis que le procédé qu'il préconise « évite la pénétration de l'air et les syncopes, tout en permettant des lavages fréquents. » Il attribue encore au siphon de Potain l'avantage d'empêcher l'introduction de l'air, ou de le faire sortir lorsqu'il est entré accidentellement ou lorsque des gaz se sont formés, de favoriser l'extension rapide du poumon, de permettre au malade de faire les lavages lui-même.

L'aspirateur de M. Maréchal jouit certainement des mêmes propriétés. M. Queyroy prétend, en outre, que le siphon de Potain ne laisse pas de déformation thoracique et n'exige pas de pansement.

On ne saurait contester à cette méthode d'avoir amené la guérison dans bon nombre de cas, et l'usage de ces appareils est très-utile, mais avec certaines précautions et si on n'en fait qu'un accessoire du traitement. Pour vider la cavité, rien ne vaut les appareils de ce genre, et la dilatation du poumon

---

(1) *Queyroy : de la pleur. purul. traitée par le siphon de Potain, avec écoulement constant à l'abri de l'air. Thèse, Bordeaux, 1882.*

est certainement facilitée. Mais nous ne croyons pas qu'il faille attacher beaucoup d'importance à l'entrée de l'air ; peu importe que l'air pénètre pourvu qu'il soit aseptique. D'ailleurs l'obstacle que l'on croit lui opposer est bien souvent illusoire : « Le siphon de Potain, dit Hérard, s'oppose d'abord à cette introduction, mais plus tard le trajet fistuleux se dilate et l'air finit par entrer.

C'est surtout en empêchant le pus de séjourner que ce procédé est efficace, car « la putridité est bien plus le fait de la stagnation du pus que de la présence de l'air. » (Gendrin).

Est-ce un avantage de ne pas faire des pansements ? Nous croyons qu'il y a aujourd'hui bien peu de chirugiens qui pensent ainsi.

Où sont les faits démontrant que les individus traités et guéris par cette méthode ne conservent pas de déformation du thorax ? Deux ou trois observations ne sauraient suffire pour résoudre une question aussi importante.

Quelle est la proportion des succès lorsqu'on emploie les lavages avec le siphon de Potain, sans faire d'antisepsie ?

Enfin, quel résultat obtiendra-t-on s'il existe de fausses membranes épaisses, des poches hydatiques ?

Ces quelques questions suffisent, à notre avis, pour démontrer que le procédé préconisé par M. Queyroy est inférieur aux méthodes antiseptiques, et qu'il est impossible d'admettre les conclusions de son travail.

## CHAPITRE III

### Méthodes actuelles

Lorsqu'on a fait deux ou trois ponctions aspiratrices et que l'on voit l'épanchement se reproduire avec rapidité ; lorsque l'état général s'aggrave et que la température présente des ascensions vespérales très-marquées, il n'y a plus à compter sur les ponctions simples ou aspiratrices. L'indication est formelle : il faut vider complètement la cavité pleurale, empêcher le pus de stagner, modifier les parois suppurantes.

Nous avons à notre disposition deux méthodes qui ne diffèrent guère l'une de l'autre que par la manière dont on pénètre dans la poitrine; ce sont la pleurotomie antiseptique et la thoracentèse également antiseptique.

Comme l'opération en elle-même est peu de chose, que le succès dépend surtout des soins consécutifs, nous ne ferons pas l'étude détaillée du manuel opératoire et nous insisterons seulement sur les deux points suivants :

1° L'anesthésie locale avant la pleurotomie;

2° L'ouverture de la poitrine avec un trocart.

I. **Anesthésie.** — Tous les praticiens s'accordent à reconnaître qu'il ne faut pas endormir les malades que l'on va pleurotomiser. Il est certain que soumettre à l'action du chlo-

roforme un individu qui, du fait même de son épanchement, est particulièrement prédisposé à la syncope, serait d'une imprudence extrême. L'anesthésie locale elle-même est en général repoussée, tout au plus peut-on la faire chez les sujets extrêmement pusillanimes (Dujardin-Beaumetz). Il est vrai que les pulvérisations d'éther n'amènent que rarement une insensibilité complète ; et comme elles n'agissent qu'en produisant un grand abaissement de température, dès que la chaleur reparaît sur les parties que l'on vient d'inciser, la douleur se montre et beaucoup plus violente que si on n'avait pas fait d'anesthésie.

Il peut cependant y avoir quelque utilité à supprimer la douleur; on a, en effet, rapporté des exemples de mort subite par suite d'un arrêt du cœur causé par la douleur chez les sujets affaiblis. Bien que cette complication redoutable soit très rare, il suffit qu'elle puisse se produire, pour qu'on cherche à l'éviter par tous les moyens possibles. Dans notre observation IV on a fait usage d'un anesthésique qui n'avait pas encore été appliqué, croyons-nous, à l'empyème : c'est la cocaïne.

M. le Dr Vergniaud s'est servi d'une solution contenant : chlorhydrate de cocaïne 0,05, eau distillée 5, et il a fait une injection hypodermique de 0,01 en trois points différents sur la ligne où devait être faite l'incision. Au bout de 4 minutes on a pu inciser les téguments sans que le patient ait accusé la moindre douleur. Il ne s'est plaint, très-légèrement d'ailleurs, qu'au moment où le bistouri ouvrait la plèvre et touchait peut-être le nerf intercostal, les côtes du sujet étant très-rapprochés. On a pu également introduire un drain sans faire souffrir le malade. Enfin, on n'a constaté aucun trouble local

ou général, soit pendant, soit après l'opération (1). Les recherches que nous avons faites, dans le but de savoir si la cocaïne avait déjà été employée dans des cas semblables sont restées infructueuses. C'est donc là une nouvelle application de cet agent, et nous la croyons appelée à rendre quelques services ; car c'est un moyen d'anesthésie locale, simple, commode, efficace et inoffensif et par suite très-recommandable.

## OBSERVATION I.

*Bronchite aiguë généralisée — Pleurésie purulente à gauche — 4 ponctions — Pleurotomie — Guérison.*

P..., 23 ans, soldat au 123e de ligne.

Entré le 3 Avril 1885 à l'hôpital de Brest, salle 3, lit n° 48. Six jours auparavant, en descendant de garde, il a eu un violent point de côté à gauche. C'est alors qu'il est rentré chez lui en permission. Il a du s'aliter et appeler un médecin qui lui a fait appliquer un large vésicatoire.

A son entrée on constate : appétit nul ; langue saburrale, fièvre intense, 39° 8. Grande dyspnée, toux fréquente, crachats verdâtres, épais, abondants. Matité dans les fosses sus et sous-épineuses, surtout à gauche. Matité à la base à gauche. Râles ronflants et sibilants dans tout le poumon droit. Râles bronchiques et souffle à gauche. De ce même côté ; bronchophonie, pectoriloquie aphone, abolition des vibrations thoraciques.

5 Avril. — Respiration fréquente, courte ; râles fins sibilants en arrière ; bronchiques et muqueux en avant, avec sonorité légèrement

---

(1) *Verginaud : Arch. méd. nav. août 1885.*

tympanique; expectoration muqueuse assez abondante; tendance à à la suffocation. En un mot tous les signes d'une bronchite capillaire généralisée.

Temp. M. 38° 3. — Temp. S. 39° 4.

8 Avril. — Dyspnée un peu moindre; en arrière et à gauche: matité j'usqu'à l'épine de l'omoplate, absence de vibrations, diminution du murmure respiratoire, souffle et égophonie dans la partie moyenne. A droite: râles sous-crépitants fins. En avant, à gauche: bruit skodique, râles sous-crépitants. A droite, quelques râles, mais moins qu'en arrière.

Temp. M 38° 5. — Temp. S. 39° 5.

11 Avril. — Un peu de délire, les crachats prennent une teinte jaunâtre.

Temp. M. 37°4. — Temp. S. 40°1.

L'épanchement semble s'étendre et remonter sous la clavicule. La mensuration du thorax au niveau de l'appendice xyphoïde, donne 0,85, dont 0,43 pour le côté gauche.

12 avril. — *Ponction avec l'appareil Potain* dans le huitième espace intercostal gauche, et issue de 750 gr. de liquide purulent. Le malade se trouve soulagé.

T. M. 37°8. — T. S. 38°7.

13 avril. — La respiration s'entend un peu à gauche, la matité est moins accusée. Le côté gauche mesure 2 cent. de plus que le droit. Le cœur n'est pas dévié, mais seulement abaissé.

T. M. 37°8. — T. S. 39°2.

15 avril. — Crachats muco-purulents peu abondants. A gauche, toujours signes très-nets d'épanchement abondant. A droite, en arrière, légère exagération des vibrations. Respiration soufflante. Voix retentissante à la partie supérieure.

T. M. 37°5. — T. S. 37°.

16 avril. — Le malade se dit très-gêné pour respirer. *Deuxième ponction*, 700 gr. de liquide purulent.

T. M. 37°. — T. S. 37°2.

L'état général s'améliore un peu d'abord, puis redevient mauvais.

Bruit de pot fêlé sous la clavicule gauche. Le 25, la mensuration dénote une légère rétraction du côté gauche, qui mesure 0,405, le droit 0,425.

4 mai. — Voussure manifeste en arrière et latéralement à gauche. Le cœur bat sur le bord gauche du sternum, dans le troisième espace, et les battements se propagent fortement à la région épigastrique.

T. M. 37°. —T. S. 38°6.

6 mai. — Œdème des téguments. *Troisième ponction*, 200 gr., de pus très-épais.

T. M. 37°2. — T. S. 37°4.

8 mai. — *Quatrième ponction*, 900 g., pus épais.

T. M. 37°. — T. S. 37°5.

12 mai. — Matité absolue dans la moitié inférieure du poumon gauche, abolition des vibrations et du murmure vésiculaire ; souffle intense à la partie supérieure. En avant, sous la clavicule, bruit tympanique.

Temp. M. 37° Temp. 38° 5

16 mai. — Voussure et œdème très-marqués. On décide de faire la *pleurotomie*, Auparavant, injection hypodermique de 0,01 de chlorhydrate de cocaïne. Au bout de 4 minutes, on peut inciser les téguments sans que le malade accuse la moindre douleur. Incision de 5 centimètres dans la huitième espace intercostal. Pus en flot, d'abord couleur chocolat, puis crémeux, 450 gr. environ. Indroduction d'un gros drain et pansement phéniqué.

Temp. M. 37° 4 Temp. S. 37° 6

17 mai. — En enlevant le pansement on ne trouve pas de pus. En retirant un peu le drain, il s'écoule 250 grammes de pus crêmeux.

Temp. M. 36° Temp. S. 38

18 mai. — Suppuration très-abondante. Le pansement a dû être renouvelé trois fois en 24 heures. On met une sonde molle n° 14 à la place du drain et on l'enfonce de 5 à 6 centimètres. Injection boriquée.

Temp. M. 37° Temp. S. 37° 8

21 mai. — Râles ronflants et sibilants à droite. Souffle amphorique à gauche. l'appétit revient, injection phéniquée.

Temp. M. 36° 5 Temp. S. 37° 7

25 mai. — L'examen de la poitrine ne dénote rien d'anormal en avant. En arrière, à droite : sonorité et vibrations normales ; quelques râles ronflants et sous-crépitants. A gauche : sonorité normale, râles ronflants, souffle amphorique à la base.

Temp. M. 36° 8 Temp. S. 38°

1er juin. — Le malade ne souffre pas. Etat général satisfaisant. Poids 51 kil. 600.

Temp. M. 36° 8 Temp. S. 38°

14 juin. — Poids 55 kil. 600

18 juin. — On établit un petit drain maintenu par une plaque en caoutchouc et fermé par une pince plate.

19 juin. — Pansement. Le pus sort assez abondant. Injection.

22 juin. — Le pansement n'a pas été fait depuis deux jours, le malade accuse une douleur assez vive qu'on peut attribuer à la rétention du pus pendant ce temps

28 juin. — Poids : 56 kil. 300. Les pansements et les lavages sont faits une fois par jour.

5 juillet. Poids : 58 kil.

7 juillet. — L'écoulement purulent est très-minime. Quelques grumeaux. Le tracé cyrtométrique accuse une rétraction très-marquée du côté gauche.

2 août. — Poids : 58 kil. 800. On commence les injections iodées 2 fois par semaine. Pansements rares.

13 août. — Rétraction de 4 centimètres du côté gauche. Le pansement est à peine souillé.

16 août. — Poids : 59 kil. 600. Injections boriquées dans l'intervalle des injections iodées.

6 septembre. — Poids : 60 kil. 400.

30 septembre. — Poids : 60 kil. 500. Suppuration nulle.

Sort avec une très-petite fistule ; peut-être considéré comme guéri. La plaie était complètement fermée peu de temps après.

Le traitement médical a consisté en :
Calmants : Injections morphinées, opium.
Diurétiques : Scille, digitale.
Antithermiques : Sulfate de quinine.
Toniques : Banyuls, quinquina, etc.

II. **Ponction au trocart.** — Si nous insistons sur ce point, c'est parce que les malades dont nous rapportons les observations, ont été opérés avec un gros trocart spécial imaginé par M. le Dr Nielly. Nous donnons ci-joint le dessin de cet instrument grandeur naturelle.

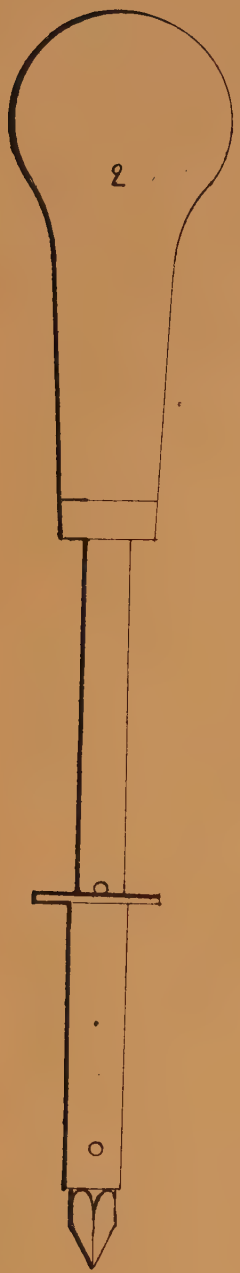
La canule est très-courte, et arrêtée par une traverse au tiers de la hauteur du trocart ; de plus, elle est terminée à sa partie supérieure par une plaque percée de deux trous. M. Nielly pensait que, étant donné sa disposition, on pourrait la laisser à demeure et éviter ainsi la manœuvre parfois délicate de l'introduction d'une sonde ou d'un drain ; mais il a vite reconnu qu'elle présentait tous les inconvénients que tous les cliniciens reprochent aux canules rigides, qu'elle était gênante pour le malade et pouvait devenir dangereuse.

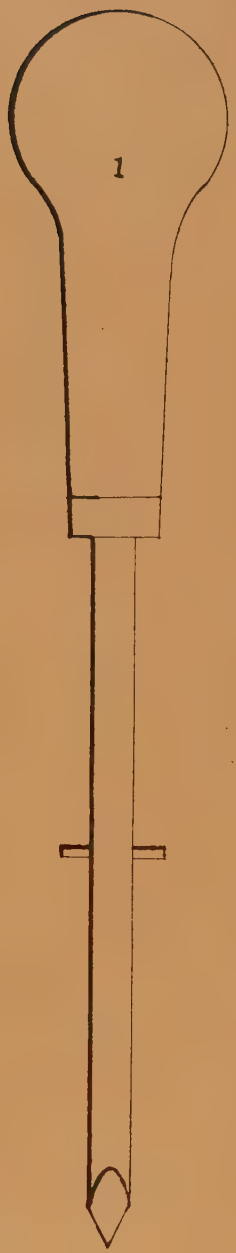
Frantzel (cité par Homolle), rapporte l'observation d'un sujet « qui mourut de dysenterie dans le cours du traitement d'un empyème; on trouva une perte de substance de la plèvre et des couches superficielles de poumon située dans le point correspondant à l'incision et manifestement produite par l'extrémité d'une sonde trop rigide » (1). Quinquandon (2) recommande l'usage exclusif de tubes en caoutchouc, mous et flexibles et tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord sur ce point.

---

(1) *Homolle : revue Hayem 1880.*
(2) *Quinquandon : th. Paris 1880.*

1° Trocart sans canule.
2° Trocart avec sa canule.
3° Canule du trocart.
4° Plaque supérieure de la canule.





Mais le trocart de M. Nielly nous paraît présenter des avantages à un autre point de vue. C'est d'abord, grâce à la largeur de la canule (7 mil. de diamètre) de permettre l'écoulement facile du pus immédiatement après la ponction. Il est rare, en effet, que les produits contenus dans la cavité soient réunis en grumeaux assez volumineux pour ne pas pouvoir sortir à travers un tube de cette dimension.

M. le Dr Davezac a montré en 1882, à la société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (1), le produit de deux lavages avec le syphon de Potain : « Il a été étonné de voir sortir par l'œil étroit d'une sonde n° 15 ou 16, des débris membraneux se tenant aussi bien et d'une semblable longueur. » Avec une canule plus large, les débris pourraient être encore plus volumineux et leur évacuation se faire sans difficulté. Rien n'empêche d'ailleurs d'ajouter un siphon à l'extrémité de la canule de M. Nielly, et la cavité pleurale se videra complètement.

Pendant le premier lavage, on est souvent obligé d'écouvillonner les canules étroites, parce que des grumeaux de pus concret, des lambeaux membraneux viennent en obstruer la lumière.

Cet inconvénient est beaucoup plus rare avec la grosse canule du trocart Nielly, et les premiers lavages sont bien plus faciles et plus complets.

Le principal avantage de ce trocart, c'est de rendre très-aisée l'introduction des drains; il est rare, en effet, qu'on se serve de tubes de caoutchouc d'un diamètre supérieur à 7 mil. Tout le monde sait quelle difficulté on éprouve souvent à faire pénétrer un drain directement à travers l'ouver-

---

(1) *Jour. méd. Bordeaux. 1882.*

ture faite à la paroi thoracique. Et pour ceux qui pensent, avec la plupart des praticiens actuels, qu'il faut placer un tube à demeure immédiatement après l'ouverture de la plèvre, cette considération a une certaine importance.

Cet instrument présente encore, grâce à la petite tige transversale qu'il porte, l'avantage réel, surtout pour une main peu expérimentée, de donner de l'assurance à l'opérateur, puisqu'on sait qu'il est impossible de l'enfoncer de plus de 5 centimètres.

Mais on peut se demander à quoi sert toute la portion du trocart qui est au-dessus de la tige d'arrêt. Cette partie est, en effet, inutile, et nous savons que M. Nielly va faire fabriquer un nouveau modèle dans lequel toute cette partie supérieure sera supprimée. Il va donc en faire un trocart très-court.

Si M. Nielly voulait nous le permettre, nous lui proposerions une autre modification :

On pourrait donner au trocart une extrémité plus régulièrement conique, avec pointe mousse, et supprimer les arêtes tranchantes. On aurait de la sorte un instrument uniquement destiné à l'introduction des drains. Quand le premier drain est tombé et qu'on veut en mettre un second, si on veut changer celui qui était en place, si la fistule se rétrécit; dans tous ces cas, l'entrée des tubes serait, croyons-nous, très facilitée par cet instrument. On éviterait ainsi l'emploi des sondes rigides que l'on laisse en place plus ou moins longtemps pour dilater le trajet et dont le séjour présente des inconvénients qui ne sont plus à démontrer.

On pourrait avoir deux tiges pour chaque canule, l'une, non modifiée, servant toujours pour faire la ponction; l'autre, celle que nous proposons, destinée simplement à ouvrir la

voie aux tubes, sondes, drains, que l'on veut mettre dans la poitrine.

**Parallèle entre la pleurotomie et la thoracentèse avec établissement d'un drain.** — La pleurotomie et la ponction ont-elles une égale valeur ? Est-il indifférent d'employer l'un ou l'autre de ces procédés ? Où bien y a-t-il des cas qui réclament l'un plutôt que l'autre ?

La pleurotomie tend un peu à se substituer aujourd'hui à toutes les méthodes et à devenir partout et toujours le procédé de choix ; il semble qu'on ne puisse plus ouvrir une voie au pus qu'avec le bistouri. Hache, Le Couédic (1) prétendent que la pleurotomie donne des résultats bien supérieurs au point de vue du nombre des guérisons, de la rapidité avec laquelle ces guérisons sont obtenues, des suites qui seraient beaucoup plus simples : déformations thoraciques presque nulles, pas de fistules persistantes.

Mais les preuves à l'appui ne sont pas assez nombreuses pour qu'on doive accepter ces conclusions. Nous n'avons vu rapporter que des guérisons; il est cependant bien probable qu'il est mort quelques-uns des malades ainsi traités.

D'ailleurs, les cas publiés en France ne sont pas très-nombreux, et presque toutes les observations, notamment celles que rapporte Hache, viennent de l'étranger et particulièrement d'Allemagne. Il est peut-être permis de penser que ces auteurs ont mis moins d'empressement à publier leurs revers que leurs succès.

En outre, on considère souvent comme guérisons des résultats qui, pour nous, ne sont pas la guérison complète. C'est

---

(1) *Le Couédic : De la pleurotomie antiseptique : th. Paris 1885.*

ainsi que M. Parès (1) porte comme guéris quatre individus qui, à leur sortie de l'hôpital, conservaient une fistule et l'un d'eux même un drain dans sa fistule.

On dit : l'incision se faisant dans le lieu indiqué par Wagner, c'est-à-dire dans le cinquième ou le sixième espace intercostal, immédiatement en avant du grand dorsal, si l'on a le soin de soulever un peu le siége du malade, l'orifice sera le point le plus déclive du thorax, et par conséquent, la collection purulente aura, pour s'écouler, des facilités que ne lui offre pas la ponction. Mais il nous paraît bien difficile qu'on réussisse à maintenir le siège du patient au même niveau pendant la durée toujours si longue du traitement. Et d'ailleurs, s'il en est ainsi, pourquoi ne ponctionnerait-on pas le cinquième ou le sixième espace aussi bien qu'on ponctionne le huitième ou le neuvième? Nous ne voyons rien qui s'y oppose.

Il est une autre raison que font valoir les partisans de la pleurotomie, et à laquelle on ne peut rien objecter : seule, cette opération donne une ouverture suffisante pour permettre la sortie des produits morbides, *quels qu'ils soient*. Dans le cas où le liquide aurait de la peine à s'écouler, dit Hérard (2), où l'on soupçonnerait la présence de fausses membranes épaisses, de poches hydatiques, dans ce cas seulement l'empyème est indiqué. C'est également l'opinion de M. Homolle (3). «Dans toutes les pleurésies à épanchement putride, dans tous les cas où l'on a lieu de penser que la plèvre renferme, soit des corps étrangers, soit des lambeaux mortifiés, de gros caillots ou des produits pseudo-membraneux en voie d'altération putride ou gangréneuse, l'indication de la pleurotomie est formelle.»

---

*(1) Parès : th. Montpellier, 1884.*
*(2) Bull. acad. méd. 1872.*
*(3) Rev. sc. méd. tome XVI.*

Mais ces cas sont extrêmement rares, et bien des médecins n'en ont jamais observé.

D'un autre côté, il est des cas ou la pleurotomie est rejetée par la presque totalité des cliniciens. Nous voulons parler des pleurésies purulentes multiloculaires. M. Bucquoy (d'après Robert), aurait obtenu la guérison en faisant l'empyème dans un cas de ce genre, mais c'est exceptionnel, car Moutard-Martin n'a pas enregistré un seul succès par cette méthode.

Enfin, dans les épanchements très-circonscrits, c'est-à-dire lorsque la résorption est possible, ou que, du moins, on peut espérer la guérison après une ou plusieurs ponctions aspiratrices, l'incision ne serait-elle pas dangereuse, et ne pourrait-elle pas, comme le dit Wilks (1) « entraîner un affaissement irréparable du poumon? »

La statistique la plus complète que nous connaissions, est celle que Moutard-Martin (2) a fait connaître en 1882; il avait fait à ce moment, 84 opérations d'empyème avec 58 guérisons et 26 morts. Mais dans un grand nombre de ces observations, les règles de l'antisepsie n'ont pas été observées, et comme nous n'avons rien trouvé à mettre en regard concernant la ponction, il n'y a pas là de quoi juger la question.

Il faudrait, pour établir sur des données absolument certaines, la valeur relative de la pleurotomie et de la ponction, connaître la proportion des décès et des guérisons fournis par chacune de ces méthodes depuis l'introduction des pratiques antiseptiques. Nous ne savons pas si une telle statistique a été faite; mais les renseignements que nous avons trouvés à cet égard sont trop incomplets pour qu'on puisse s'en

---

*(1) The Lancet, 1875.*
*(2) Bull. thérap., février 1882.*

servir comme argument décisif dans la discussion qui nous occupe.

Pour nous, jusqu'à nouvel ordre, nous donnons le choix à la ponction, réservant la pleurotomie pour les cas rares où l'évacuation des produits morbides n'est pas possible autrement. Car, dans la plupart des observations que nous avons lues, rien n'indique que la guérison n'aurait pas pu être aussi bien obtenue par la ponction; et il est permis de rapporter le succès plus aux soins consécutifs qu'à l'opération elle-même.

En outre, la pleurotomie exige une certaine habitude des opérations; la plupart des médecins n'hésitent pas à faire une ponction, mais combien reculent devant l'opération de l'empyème! On a blessé l'artère intercostale, le diaphragme, le poumon, le cœur; on a vu la mort subite survenir chez des individus très-affaiblis.

Sans doute, ces divers accidents sont très-rares, mais il suffit qu'ils soient possibles pour que nous réservions la pleurotomie pour les cas où une opération plus simple ne saurait suffire.

# CHAPITRE IV

## Soins consécutifs.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la conduite à tenir après l'opération, et la question des lavages est celle qui les divise le plus.

Faut-il laver? Le premier lavage est généralement admis et les partisans les plus déclarés de la rareté des injections reconnaissent qu'il est au moins sans inconvénients. C'est l'opinion de Hache (1), Le Couedic (2), qui adoptent la pleurotomie antiseptique avec un seul lavage, dont la première observation a été publiée en 1876 par Markham Skeritt (3), et à laquelle se sont ralliés Wagner, Konig en Allemagne, Cabot en Amérique, M. Négrié de Bordeaux (4) a également publié deux guérisons à la suite de la pleurotomie avec unseul lavage.

Tous ces auteurs n'admettent de lavages ultérieurs que si le pus est fétide et de mauvaise nature. Pour Hache, si Mou-

---

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) *British méd. Journ., 1876.*
(4) *Journ. méd. Bordeaux, 1883.*

tard-Martin lavait souvent, c'est parce qu'il ne faisait pas l'antisepsie.

Tous ces auteurs disent : il ne faut pas laver parce que les lavages sont dangereux ; ils s'opposent à l'adossement, à la soudure des deux feuillets pleuraux qui est la condition *sine quâ non* de la guérison ; ils sont susceptibles de provoquer des accidents : syncopes, crises épileptiformes, hémiplégie.

Ces reproches sont vrais, mais en partie seulement ; car, si l'on tient compte des dimensions du kyste pleural, de la quantité de liquide qu'il contient, si on n'injecte jamais une quantité supérieure, si l'injection est faite avec une grande douceur, le lavage ne s'opposera plus à l'adossement des deux feuillets de la plèvre ; il ne pourra que hâter l'expulsion des produits qui doivent être éliminés, modifier les surfaces sécrétantes et favoriser leur cicatrisation.

Les accidents tels que la syncope, les crises épileptiformes dont M. le Dr Saint-Philippe (1), de Bordeaux, vient de rapporter un exemple tout récemment, seront presque toujours évités. En effet, le danger est surtout grand au moment, où, par suite des progrès de la cicatrisation, l'on n'a plus affaire qu'à une petite cavité (2), c'est-à-dire à une époque où l'on peut presque toujours supprimer les lavages sans inconvénient. S'il est nécessaire de les continuer, on agit alors avec beaucoup de prudence.

D'ailleurs, les faits sont là, précis, nombreux, qui parlent en faveur des lavages fréquemment renouvelés.

Evidemment, dans certains cas, une seule injection peut suffire ; il y a même eu des succès sans lavage d'aucune sorte et M. Caussidon, d'Alger, à publié une guérison à la suite de

---

(1) *Journ. méd. Bordeaux, juin, 1886.*

(2) *Maur. Raynaud : Soc. méd. hôp. Paris, 1875.*

la pleurotomie, sans lavages (1). Nous croyons qu'il s'agit alors de phlegmasies récentes, de cavités peu étendues; mais dans les pleurésies purulentes pour lesquelles on est généralement appelé à intervenir, c'est-à-dire pour celles qui datent de plusieurs semaines, souvent de plusieurs mois, pour celles qui occupent la moitié ou les trois quarts d'un côté de la poitrine, une seule injection ne saurait suffire pour modifier complètement les parois de la poche.

Si nous cherchons à réunir les guérisons obtenues avec un seul lavage, nous voyons qu'elles sont peu nombreuses. Il s'agit toujours de malades traités par la méthode de Markham Skeritt; le plus grand nombre a été rassemblé par Hache (2) qui a pu réunir 17 observations tirées de Wagner, Konig, Goschel, Cabot. Nous n'avons trouvé nulle part des renseignements sur la proportion des succès et des revers dans l'emploi de cette méthode.

Autrement nombreux sont les auteurs qui ont obtenu des guérisons, malgré les lavages fréquemment renouvelés, ou plutôt grâce à ces lavages. Moutard-Martin donne comme moyenne de la mortalité 31 p. 100. On a dit que cet auteur lavait fréquemment parce qu'il ne se préoccupait pas de l'antisepsie; il nous semble, qu'avec le secours de la méthode antiseptique, il aurait au contraire pu laver plus souvent et avec des chances de réussite bien plus sérieuses.

Peyrot (3) dit qu'on peut répéter les lavages aussi souvent que l'on veut; Denance (4) a « souvent remarqué que lorsque, pour une raison ou pour une autre, les lavages n'avaient pas

---

(1) *Alger médical. Février 1884.*
(2) *Loc. cit.*
(3) *Peyrot, th. Paris, 1876.*
(4) *Denance, th. Paris, 1877.*

été répétés, l'état général et la température s'en ressentaient. » Bien souvent, il suffit d'une simple injection pour ramener à la normale une température, dont l'élévation, durant le cours du traitement, ne saurait en général être expliquée autrement que par la stagnation du pus dans la cavité pleurale.

Robert dit « qu'il faut faire des injections antiseptiques fréquemment renouvelées. » Cet auteur a rassemblé la statistique de Moutard-Martin, la sienne, celles de plusieurs praticiens français et étrangers, et il est arrivé à la proportion de 35 morts pour cent; Robert voulait démontrer la valeur de la pleurotomie. Mais, comme dans tous ces cas on a lavé souvent, nous croyons pouvoir nous emparer de ces chiffres, pour affirmer que les injections fréquentes sont rationnelles; nous nous y croyons d'autant mieux autorisé, que les précautions antiseptiques ont le plus souvent été négligées par les auteurs dont il s'agit. On peut donc supposer que la moyenne serait meilleure si les opérations et les pansements avaient été faits avec toutes les minuties Listériennes.

Examinons maintenant comment on fait ces lavages, avec quels instruments, quels liquides il faut employer.

Si l'ouverture de la poitrine a été faite au trocart, on introduit un drain, naturellement unique, aussi gros et aussi long que possible, d'une longueur telle qu'il soit recourbé dans la cavité. MM. Bertrand et Fontan, professeurs à l'École de Brest, emploient un drain non perforé latéralement sur la partie de son étendue qui traverse la paroi thoracique, et sur la partie saillante au dehors.

Après la pleurotomie, on peut également ne mettre qu'un seul drain, mais il est préférable d'employer la disposition dite en flûte de Pan; on place de cinq à sept drains, le plus gros au milieu; en outre, ils sont tous de longueur différentes : le plus long, qui a environ 20 centimètres, est dans l'un des

angles de la plaie; le plus court, 10 centimètres environ, est dans l'angle opposé. Les drains ainsi disposés offrent un facile débouché au pus, quel que soit le point et quel que soit le niveau auquel il se forme. Inutile de dire que ces drains ont préalablement été désinfectés avec le plus grand soin.

On peut se servir, et il est même avantageux de le faire, de l'appareil de Potain ou de celui de Maréchal, pour faciliter les lavages; on fait passer une certaine quantité de liquide dans la plèvre, puis on retire le siphon et on laisse le drain ouvert ou on le ferme avec une pince.

Ceux qui croient à l'influence nocive de l'air emploient ces appareils dans le but de s'opposer à son introduction, et maintiennent le tube fermé dans l'intervalle des pansements.

Pour ceux qui pensent, et M. Vergniaud nous a dit l'avoir reconnu plusieurs fois, quoi qu'on fasse, l'air finit toujours par entrer, il est inutile de chercher à s'y opposer, pourvu qu'il soit aseptique. Aussi laisse-t-on le drain ouvert, et se repose-t-on sur les lavages et les pansements, du soin de rendre cette pénétration inoffensive. En n'obturant pas le drain, le pus est évacué au fur et à mesure de sa formation, il ne stagne pas et on n'a pas à redouter ces accidents de putridité qu'on mettait autrefois sur le compte de l'air.

Mais on peut, et il y a souvent avantage à agir ainsi, ne faire le premier lavage qu'un ou deux jours et même plus longtemps après l'ouverture de la plèvre; c'est lorsqu'on craint de fatiguer le malade, d'exciter trop vivement les surfaces sécrétantes. On laisse ainsi la poche se vider tranquillement, s'égoutter peu à peu. Cette pratique n'a, du reste, rien d'absolu, et il est des médecins, comme M. Fontan (de Brest), qui lavent immédiatement et ne s'arrêtent que lorsque l'eau revient claire.

Lorsqu'on a commencé les injections, on les fait souvent au début, une fois, deux fois par jour, en se basant uniquement sur la nature et la quantité de la suppuration. On diminue ensuite peu à peu, en retirant chaque fois le drain d'une certaine quantité.

Si on a employé une flûte de Pan, on commence par enlever le drain le plus court et on diminue les autres de 3 ou 4 centimètres ; on continue ainsi de façon à n'avoir plus à un certain moment qu'un drain, dont la longueur, variable, est proportionnelle à l'étendue de la poche.

A quel moment doit-on supprimer le drain ? C'est là une question délicate et à laquelle il est difficile de donner une réponse précise.

Il est rare, en effet, qu'il ne reste pas encore un petit trajet lorsqu'on l'enlève. L'orifice extérieur se ferme, tandis qu'il reste quelques petits points non cicatrisés dans la fistule que l'on croit absolument comblée. Quelque légère et minime que soit la suppuration, il ne tarde pas à se faire des décollements et on voit survenir les signes qui indiquent l'infiltration purulente des parois thoraciques. Le pus peut ainsi se répandre au loin, jusque dans la région fessière. Aussi est-il prudent, lorsque la fistule n'admet plus de drain, de remplacer ce dernier par une mèche, que l'on renouvelle, en la faisant aussi petite que possible, jusqu'à parfaite cicatrisation.

Les liquides que l'on a recommandés et qu'on peut employer pour les injections sont très-nombreux : solutions de choral, thymol, phénol ; acide borique 7 à 10 p. 100, acide salicylique, acetate d'alumine à 5 p. 100, chlorure de zinc 2 à 5 p. 100. Le chloral et l'acide phénique sont, ou du moins, peuvent être absorbés par la plèvre; aussi Huéter a-t-il proposé, afin d'éviter les accidents d'intoxication qui pourraient résulter de cette absorption, de se servir de solutions d'acide phé-

nique fortes, pensant qu'elles sont moins toxiques parce qu'elles possèdent une action coagulante qui s'oppose à leur absorption.

Quoiqu'il en soit, si ces intoxications se produisent, c'est à coup sûr bien rarement, car on ne les trouve guère signalées; or, l'acide phénique est certainement le plus fréquemment employé, et, suivant le conseil de Dujadin-Beaumetz on fait usage de solutions faibles. Ce sont elles qui ont été employées chez nos malades, alternativement avec les solutions boriquées.

On fait usage d'une solution d'acide phénique à 25 p. 1000 que l'on étend de trois fois son volume d'eau tiède et d'une solution également tiède boriquée à 10 p. 1000. La concentration des liquides varié du reste avec la nature du pus.

Plus tard, pour faire diminuer la suppuration, pour modifier les parois, aider à leur cicatrisation, on fait de temps en temps des injections iodées.

Mais il est une particularité qui nous a été signalée par M. le Dr Vergniaud, et qui ne nous paraît pas avoir appelé jusqu'à ce jour l'attention. C'est la nécessité de ne pas employer de teinture *alcoolique* d'iode. Il faut se servir d'iode dissous dans de l'eau iodurée sans alcool, parce que l'alcool coagule l'albumine du pus et rend, par suite, son issue difficile; la solution suivante : Iode..... 20 gr.

Iodure pot .... q. s.

Eau distillée... 1000 gr.

présente les avantages de toutes les liqueurs iodées; elle modifie les surfaces, mais ne coagule pas le pus.

Une autre recommandation très-importante, lorsqu'on fait des injections iodées, c'est de ne pas laisser dans la poitrine de tube en caoutchouc *vulcanisé*. M. Bucquoy a montré, à la société médicale des hôpitaux de Paris en 1872, un drain tel-

lement altéré que sa sortie était devenue impossible, et qu'il fallut une opération longue et douloureuse pour l'extraire (1). M. Dujardin-Beaumetz, fit alors des expériences sur ce sujet et il démontra que, sous l'influence de l'iode, ces tubes durcissent, deviennent fragiles et perdent leur élasticité; leur surface est inégale, rugueuse. Enfin, seul, le caoutchouc vulcanisé est ainsi altéré (Duquesnel.)

Nous répétons que toutes ces manœuvres des injections et des lavages doivent être faites avec des précautions infinies, avec une douceur extrême, de manière à ne pas distendre la cavité et à être certain qu'on ne s'opposera pas à l'établissement des adhérences ou qu'on ne rompra pas celles qui seraient déjà en voie de formation.

Enfin, on évitera ainsi, presque à coup sûr, les accidents qu'on a reprochés aux lavages.

Nous ne dirons que peu de chose sur les pansements, tout le monde étant à peu près d'accord sur ce point. Quelques rares auteurs, entre autres, M. Queyroy, qui sont partisans convaincus de la supériorité du siphon de Potain sur les autres méthodes, croient pouvoir se dispenser d'en faire, mais la majorité veut que l'on panse et qu'on le fasse avec toutes les précautions que réclame une antisepsie rigoureuse. On peut faire le pansement de Lister, le pansement ouaté de Guérin, on peut employer la ouate salicylée, etc. M. Dumontpallier (2) a défendu la rareté des pansements, mais son opinion n'est pas acceptée, et on renouvelle le pansement une ou deux fois par jour, trois fois même, si besoin est; on n'a d'autre guide à suivre à cet égard que la nature et la quantité du

---

*(1) Dujardin-Beaumetz : clin. thérap. t. II.*
*(2) Société médicale des hôpitaux, 1883.*

pus. Les pansements peuvent donc être très-fréquents au début, et très-rares par la suite.

Pour aider la rétraction du thorax, faciliter l'expulsion du pus, favoriser la dilatation du poumon, il faut avoir recours d'assez bonne heure à certains moyens, parmi lesquels nous citerons d'abord la compression intermittente et méthodique du côté sain. Concato (1), qui a proposé ce moyen, pense que l'on peut l'employer même au début et avec des chances de succès. D'après lui, ce procédé diminuerait de 480 centimètres cubes la capacité du poumon comprimé et augmenterait de 380 centimètres cubes celle du poumon opposé.

On peut aussi avoir recours aux inhalations et aux bains d'air comprimé. Kelemen (2), soutient que, même dans le cas de pleurésie purulente non opérée, il y a amélioration sous cette influence.

On pourra également faire usage d'une ceinture abdominale, moyen recommandé par Wells (1882). Cette ceinture agirait en rapprochant le diaphragme des viscères thoraciques et, par suite, en comprimant la cavité purulente.

Le traitement local de l'empyème ne doit pas faire perdre complètement de vue le traitement général, qui est d'une importance considérable. Il faut, en effet, que le malade suffise à une production incessante et souvent énorme de pus; il faut qu'il soit en état de lutter contre une résorption putride toujours menaçante; que son poumon sain respire pour deux ; il est donc indispensable de soutenir et de relever les forces du patient par tous les moyens possibles: le quinquina, l'arsenic, le tannin suivant la méthode de Duboué (de Pau), l'alcool est une alimentation aussi généreuse que possible. Enfin, placer

---

*(1) Riv. Clin. di Bolog. Janv. 1875*

*(2) Berl. Klin Vochens. 1879.*

le malade dans des conditions hygiéniques irréprochables et favoriser le jeu de l'appareil respiratoire en le soumettant à une gymnastique bien comprise.

Nos observations sont au nombre de quatre seulement : Nous aurions pu donner l'histoire de plusieurs autres malades qui sont actuellement en traitement à Brest; mais nous n'avons voulu rapporter que des guérisons complètes et définitives.

## OBSERVATION II

*Pleurésie purulente à droite. — Deux ponctions aspiratrices. — Ponction au trocart. — Drain et lavages antiseptiques avec l'appareil siphon Maréchal. — Guérison.*

Len..., 20 ans, apprenti canonnier (Bretagne).

Ce malade provient de la salle 10 où il était depuis un mois et demi. Peu après son entrée, on avait constaté tous les signes d'un épanchement considérable occupant le côté droit de la poitrine. Le 26 janvier, ponction aspiratrice dans le huitième espace intercostal. On retire 600 gr. de pus, et le lendemain 900 gr. Le malade fut soulagé, la température tomba à 37°, le murmure respiratoire reparut, et le 11 février, le malade arrivait à la salle 3, où on constatait l'état suivant : En arrière, voussure peu marquée à droite, traces de vésicatoire. Matité dans les 4/5 inférieurs du poumon droit. Respiration soufflante dans l'espace omo-vertébral. Obscure, lointaine en bas.

En avant, voussure considérable à droite, l'hémithorax droit mesure 0,46, le gauche 0,40. Son tympanique au sommet droit; matité absolue dans le reste du poumon. Diminution considérable des vibrations thoraciques. A l'auscultation frottements en haut. En bas, respiration obscure. A gauche, sonorité normale, respiration supplémentaire. Le cœur bat dans le septième espace en bas et en

dehors du mamelon. A chaque respiration, le côté droit est immobile. État général assez bon. Appétit et sommeil conservés. Le malade dit qu'il sent ses forces revenir.

15 février. — Se plaint d'une douleur excessivement violente en dehors du mamelon gauche, à 0,06 de lui et s'irradiant jusqu'au creux axillaire. Vésicatoire, badigeonnages iodés.

T. M. 37°. — T. S. 39°.

16 février. — Vésicatoire à droite. T. M. 37°3. T. S. 37°6,

19 février. — Côté droit = 0,46. Côté gauche = 0,43. Signes stéthoscopiques très-peu modifiés. Egophonie en plus.

T. M. 37°8. — T. S. 40 .

22 février. — Un peu de prostration. *Ponction avec l'appareil de Potain*, dans le septième espace intercostal. 1,600 gr. de pus épais de couleur foncée, s'écoulant avec assez de facilité. Pendant l'opération quintes de toux, dyspnée, envies de vomir. Ces phénomènes cessent à la fin.

T. M. 38°8. — T. S. 37°6.

23 février. — Le malade ne peut garder d'autre position que le décubitus dorsal. Côté droit = 0,44. Gauche = 0,40. Les signes d'épanchement à droite sont presque aussi marqués. Le cœur bat dans le huitième espace un peu en dehors du mamelon.

T. M. 38°6. — T. S. 39°

26 février. — *Ponction au trocart.* — Évacuation d'une certaine quantité de pus grisâtre; introduction d'un gros drain qu'on enfonce de 12 à 15 centimètres, Lavage à l'acide phénique 25 pour 1000 très-étendu d'eau tiède; on introduit l'appareil de Maréchal. On fait passer environ 8 litres de la solution. Le drain est laissé en place. Pansement au coton hydrophile, gaze phéniquée et Mackintosh. Le soir, même lavage avec un litre et demi de liquide, même pansement. Abaissement considérable de la température. Le malade ne souffre pas.

T. M. 37°. — T. S. 37°.

27 février. — Deux lavages (2 litres chaque fois). Le liquide ressort un peu coloré. Quelques grumeaux. Emphysème sous-cutané autour de l'orifice.

T. M. 36°7. — T. S. 37°

28 février. — Deux lavages, mais moitié moins abondants. État général un peu meilleur.

T. M. 36°8. — T. S. 37°2.

1er mars. — Lavage 450 gr. de liquide. L'emphysème a diminué.

T. M. 36°5. — T. S. 36°6.

3 mars. — Même soins. Fièvre nulle. Pouls =80. Appétit, sommeil.

8 mars. — Les lavages entraînent toujours des grumeaux.

T. M. 37°. — T. S. 39°.

13 mars. — Pendant les jours précédents, le malade n'a pu manger. Il a vomi plusieurs fois; douleurs d'estomac. La fièvre a reparu, 38°5. Pouls petit = 108, dicrote. L'auscultation n'a rien révélé, et on n'a rien trouvé pour expliquer ces phénomènes. Cet orage est aujonr-d'hui à peu près dissipé.

Le malade se plaint encore de douleurs abdominales, surtout dans les hypochondres. Un peu de ballonnement.

T. M. 37°5 — T. S. 37°8

21 mars. — L'amélioration continue. Eau des lavages peu troublée. Poids : 54 kil. 700.

24 mars. — On n'injecte plus que 150 gr. de liquide chaque fois. T. M. 37°. — T. S. 37°2.

28 mars. — Un seul lavage par jour (140 gr. de liquide.) T. M. 36°8. — T. S. 37°.

5 avril. — Poids : 57 kil. 500., 3 kil. de gain en 12 jours. Température normale.

8 avril. — La plaie a présenté quelques bourgeons charnus qui ont été réprimés avec du nitrate d'argent. A chaque pansement (1 par jour) on retire un peu le drain et on l'enfonce de nouveau.

24 avril. — La cavité contient environ 50 gr. de liquide. Il y a de la matité dans les 3/4 inférieurs du poumon droit en arrière. Les vibrations sont un peu affaiblies à la base. Le murmure respiratoire est perçu très-affaibli à la base, un peu dans le reste du poumon.

Le côté droit du thorax est aplati, le sternum est dévié à gauche. Le côté gauche présente une voussure, les muscles du côté droit

sont atrophiés. Le soir, léger empâtement au niveau des malléoles. Poids : 60 kil. 800.

13 mai. — Le 5 on a remplacé le drain par un autre d'une longueur de 13 cent. seulement. Pansement de la fistule à l'iodoforme. Un lavage phéniqué tous les jours.

14 juin. — Poids : 62 kil. 300. Le liquide du lavage ressort clair.

31 juillet. — Suppuration plus abondante, légère zone inflammatoire autour de la fistule.

3 août. — Poids : 63 kil. 300.

6 août. — Le trajet fistuleux se rétrécissant, on met à la place du drain une sonde rigide qui est assez mal supportée. Fièvre, céphalalgie, diarrhée, les bords de la plaie sont rouges, tuméfiés.

T. M. 39°2. — T. S. 39°3.

9 août. — Poids : 60 kil. 600; perte de 3 kil. Le drain est replacé. T. M. 37°.

10 août. Toux légère. Quelques crachats jaunes-verdâtres; rien de particulier à l'auscultation. Les injections boriquées remplacent l'acide phénique.

19 août. — Poids : 61 kil. 400. Les accidents des jours précédents ont disparu. Le trajet se rétrécissant de nouveau, on met une sonde métallique.

20 août. — Le drain est remis en place.

22 août. — A partir d'aujourd'hui on fait des injections iodées, deux fois par semaine.

26 septembre. — Les injections iodées ne se font plus qu'une fois par semaine, ainsi que le pansement,

4 october. — Poids : 62 kil. 600.

7 octobre. — Lavages boriqués alternant avec injections iodées.

14 octobre. — Dernière injection, le liquide ressort presque limpide.

1er novembre. — Poids : 64 kil.

18 novembre. — Suppression du drain.

6 décembre. — Le malade sort complètement guéri (sans fistule), pour jouir d'un congé de convalescence.

Revu à son retour de congé et à la fin d'avril 1886 : la guérison s'était parfaitement maintenue.

Le traitement médical a consisté en :

Calmants : Injections morphinées, opium ;

Diurétiques : Scille digitale ;

Antithermiques : Sulfate de quinine ;

Toniques : Banyuls, quinquina, iodure de fer.

## OBSERVATION III

*Pleurésie diaphragmatique, — Pleurésie purulente à gauche. — 2 ponctions aspiratrices. — Ponction au trocart. — Drain à demeure. — Lavages antiseptiques. — Guérison.*

Gour..., 22 ans, matelot à la division.

Entré le 4 février avec le diagnostic « Pleurésie diaphragmatique».

Malade depuis deux jours; il a eu un point de côté à droite, mal de gorge. Hier violente douleur au creux épigastrique. Cette douleur n'a pas tardé à s'étendre à tout le bord inférieur du côté gauche du thorax, au niveau des fausses côtes. Antécédents nuls. Température du jour de son entrée à l'hôpital 39° 6 le soir.

Pas de déformation notable. Mouvements respiratoires moins marqués à gauche. Grande dyspnée. Visage légèrement cyanosé. La douleur épigastrique s'irradie le long du phrénique jusqu'à la quatrième côte et dans l'épaule gauche. Sonorité normale. On entend partout la respiration : quelques râles humides à gauche. Pas d'appétit. Constipation. Urines rougeâtres, très-albumineuses.

Dès le lendemain, on perçoit du suffle à la partie inférieure du poumon gauche. Crachats fibrineux avec quelques stries de sang. Vésicatoire. Injection de chlorhydrate de morphine. Temp. M. 40° Temp. S. 40° 4. Pouls, 120.

7 février. — Sensation de brûlure le long du canal, mictions fré-

quentes, urines rouges, albumineuses. Dyspnée très-intense. A gauche et en arrière : Submatité, diminution des vibrations thoraciques à la base, souffle et bronchophonie en haut. A gauche et en avant, souffle lointain à l'expiration. A droite et en avant, respiration exagérée. Temp. M. 39° 6. Temp. S. 39° 4. Pouls 114-120. Resp. 45.

9 février. — Matité occupant tout le poumon gauche ; diminution des vibrations thoraciques; bronchophonie en haut; égophonie en bas; en avant du même côté : diminution des vibrations, matité, souffle à l'expiration. Uurines peu abondantes, hématuriques.

| | | |
|---|---|---|
| Temp. M. 39° 2 | Temp. S. 38° 6 | Resp. 24 |
| Pouls. M. 140 | Pouls. S. 114 | |

10 février. — Voussure en avant et à gauche ; la pointe du cœur bat dans le quatrième espace intercostal droit à deux travers de doigt du mamelon. Egophonie. Vésicatoires. Urines couleur Malaga.

| | | |
|---|---|---|
| Temp. M. 38° 2 | Temp. S. 38° 8 | Resp. 24 |
| Pouls. M. 117 | Pouls. S. 147 | Resp. 42 |

12 février. — Pectoriloquie aphone. Jaborandi 2 gr. Sudation, mais pas de salivation.

| | | |
|---|---|---|
| Temp. M. 38° 2 | Temp. S. 38° 8 | Resp. 28 |
| Pouls. M. 116 | | |

13 février. — Urines moins foncées, très-chargées d'urates. Jaborandi 4 gr., encore une légère sudation, mais pas de salivation.

| | | |
|---|---|---|
| Temp. 37° | Temp. 38° 5 | Resp. 27 |
| Pouls. 105 | Pouls. 110 | Resp. 36 |

15 février. — *Ponction avec l'appareil de Potain dans la neuvième espace* au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate : 1,500 gr. de liquide purulent. Après l'opération on constate ; en avant et à gauche, bruit typanique sourd sous la clavicule ; matité absolue dans le reste de la partie antérieure du poumon. En arrière, submatité en haut, matité complète en bas. On sent la pointe du cœur dans la quatrième espace droit à 3 centimètres du bord droit du sternum.

| | | |
|---|---|---|
| Temp. M 37° | Temp. S. 38° | Resp. 24 |
| Pouls. M. 99° | Pouls. S. 96° | Resp. 27 |

19 février. — Légère diminution de la douleur aux attaches du diaphragme. Point de côté intense. Signes d'épanchement très-accusés.

Temp. M. 38o  Temp. S. 39° 2  Resp. 27
Pouls. M. 99  Pouls. S. 40° 2  Resp. 33

20 Février. — *2e Ponction.* — 2,600 gr. de liquide purulent ; les derniers 200 gr. un peu teintés en rouge.

Temp. M. 38°.  Temp. S. 39° 3.  Resp. 24.
Pouls M. 96.  Pouls S. 102.  Resp. 27.

22 Février. — Point de côté disparu, les bruits du cœur s'entendent un peu à gauche.

Temps M. 37° 4.  Temp. S. 38° 6.  Resp. 24.
Pouls M. 91  Pouls S. 96  Resp. 24.

25 Février. — Toux fréquente, crachats muqueux abondants, matité complète dans tout le poumon gauche en arrière; abolition complète des vibrations à la base. Souffle, pectoriloquie. Vive douleur dans l'épaule gauche. Transpiration abondante.

Temp. M. 38° 2  Temp. S. 38° 5  Resp. 24.
Pouls M. 104  Pouls S. 104  Resp. 27.

27 Février. — *Ponction au trocart.* — On le retire en laissant la canule qui permet de faire un lavage avec une solution phéniquée à 10 pour 1000. Après avoir fait passer 8 ou 10 litres de liquide on introduit un drain que l'on obture avec une pince plate. Pansement ouaté. Le soir, lavage et même pansement sans obturer le drain. Emphysème autour de la plaie.

Temp. M. 37° 7.  Temp. S. 40° 2  Resp. 24.
Pouls M. 96  Pouls S. 112  Resp. 33.

7 Mars. — Lavages boriqués à 4 pour 100. (Jusqu'au 7 mars on avait fait des lavages phéniqués). La cavité contient environ 300 gr. de liquide. Les lavages sont toujours faits avec beaucoup de douceur. Amélioration générale, l'appétit revient.

Temp. M. 37°  Temp. S. 37° 7  Resp. 24.
Pouls M. 102.  Pouls S. 109  Resp. 30.

16 Mars. — Il s'écoule environ 60 gr. de pus.

Temp. M. 37° 4. Temp. S. 38° 6. Resp 27.
Pouls M. 114. Pouls S. 124. Resp. 30.

25 Mars. — Poids 57 kilogr.

27 Mars. — Etat général assez bon. On ne fait plus qu'un lavage par jour.

Temp. M. 36° 1 Temp. S. 37° 1 Resp. 24.

5 Avril. — Poids : 57 kil. 400.

9 avril. — Le malade se plaint de tousser davantage et de cracher. On constate une rétraction bien accusée du thorax à gauche; le murmure respiratoire se perçoit des deux côtés.

Temp. M. 36°2. Temp S. 36°8.

13 mai. — On remplace le drain par un autre d'un diamètre moins grand et d'une longueur totale de 20 centimètres.

15 mai. — On remplace l'acide borique par l'acide phénique.

17 mai. — Le drain est retiré d'un centimètre, Poids : 64 kil. 400.

21 mai. — On retire un centimètre du drain.

24 mai. — Poids : 66 kil. 600. On retire un centimètre du drain. L'examen de l'appareil respiratoire ne dénote rien d'anormal.

28 mai. — Il ne reste plus dans la plaie que 14 centimètres de drain.

31 mai. — Poids : 67 kil. 800. On retire un cent. du drain.

3 juin. — Etat général satisfaisant. Embonpoint très-sensible. Léger aplatissement du côté gauche. Ecoulement très-minime. Aucun signe anormal dans la poitrine.

13 juin. — Poids : 69 kil.

20 juin. — Pansement et lavage. Assez grande quantité de grumeaux.

26 juin. — Injection iodée au 1/8, tous les 2 jours alternant avec un lavage phéniqué.

5 juillet. — Poids : 70 kil.

31 juillet. — Injection iodée deux fois par semaine. Lavage boriqué dans l'intervalle.

3 août. — Poids : 71 kil.

8 août. — La cavité contient la valeur d'une petite seringue de liquide.

16 août. — Poids : 72 kil. 200.

21 août. — Sort complètement guéri pour jouir d'un congé de convalescence.

Le traitement médical a consisté en :

*Calmants* : inject. morphinées, opium.

*Diurétiques* : digitale, scille.

*Sudorifique* : jaborandi.

*Antithermique* : sulfate de quinine.

*Toniques* : Banyuls, quinquina, etc.

## OBSERVATION IV.

*Pleuro-pneumonie. — Pleurésie purulente. — Une ponction aspiratrice. — Deux thoracentèses avec le trocart. — Lavages antiseptiques. — Injections iodées. — Guérison.*

S..., 20 ans, apprenti gabier, entré le 23 février 1855 à la salle 3, lit n° 41.

A son entrée le malade présente un certain état de stupeur et accuse une vive douleur dans le côté gauche. Pas d'antécédents. Se plaint que la déglutition est douloureuse; le fond de la gorge est un peu rouge, les amygdales légèrement tuméfiées.

A l'inspection du thorax, rien de particulier. Sonorité normale. La percussion du côté gauche au niveau de la région splénique est douloureuse. Auscultation : quelques râles sibilants en avant; obscurité de la respiration en arrière. Rien au cœur, appétit nul, Temp. entre 39° et 40°.

24 février. — Matité à la base du poumon gauche. Ventouses scarifiées.

| | | |
|---|---|---|
| Temp. M. 39° 3 | Temp. S. 39° 5 | Resp. 39 |
| Pouls. M. 98 | Pouls. S. 105 | Resp. 45 |

25 février.— Respiration un peu obscure à gauche, souffle lointain, râles sous-crépitants. En avant, sonorité normale, râles sibilants et humides des deux côtés.

| | | |
|---|---|---|
| Temp. M. 39° | Temp. S. 39° 9 | Resp. 35. |
| Pouls. M. 105 | Pouls. S. 108 | Resp. 30. |

26 février. — Un peu de délire, matité en arrière du côté gauche. Souffle, bronchophonie. — Saignée de 300 gr. Vésicatoire.

Temp. M. 39° 9. Temp. S. 40°. Resp. 24
Pouls M. 114. Pouls S. 117. Resp. 27

1er mars. — Pas de sommeil, toux fréquente sans expectoration, matité dans tout le poumon gauche en arrière. Vibrations égales des deux côtés. Voix un peu chevrotante. En avant, bruit skodique léger à gauche, quelques râles humides. Vésicatoire.

Temp. M. 37° 5. Temp. S. 39° 3. Resp. 27
Pouls M. 84. Pouls S.102. Resp. 30

4 mars. — Le malade sommeille continuellement. Le côté gauche n'est pas douloureux à la pression. Matité dans tout le poumon gauche en arrière. Pas de diminution des vibrations. Egophonie. En avant : sonorité normale à droite, bruit de pot fêlé à gauche. Le cœur bat dans la 4e espace intercostal, à 5 centimètres en dedans du mamelon gauche.

Temp. M. 37° 5. Temp. S. 38° 5. Resp. 30
Pouls M. 90. Pouls. S. 99. Resp. 27

5 mars. — Jaborandi 4 gr.; ni salivation ni sudation notables.

Temp. M. 37° 2. Temp. S. 38.5. Resp. 24
Pouls M. 88. Pouls S. 99. Resp. 30

6 mars. — Vibrations très-diminuées à gauche. Souffle à l'expiration au sommet. Absence de murmure vésiculaire à la base.

Temp. M. 36° 8. Temp. S. 38° 2. Resp. 21
Pouls M. 96. Pouls S. 99. Resp. 27

8 mars. — Le cœur bat sur le bord gauche du sternum dans le 8e espace.

Temp. M. 36°. Temp. S. 38° 1. Resp. 27
Pouls M. 90. Pouls S. 99. Resp. 27

10 mars. —Vésicatoire. Le malade, agité, arrache ses pansements.

Temp. M. 36° 7. Temp. S. 37° 2.

14 mars. — Le cœur bat sur le bord droit du sternum au niveau du 4e espace.

Temp. M. 37° 3. Temp. S. 38° 8.

15 mars. — Vésicatoire. Temp. M. 37° 1. Temp. S. 38° 2.

17 mars.—A gauche : en avant, matité complète; en arrière, matité absolue et abolition de tout bruit. Jaborandi 6 gr.; ni salivation ni sudation.

Temp. M. 37° 5.Temp. S. 37° 6. Resp. 27.

Pouls. M. 99. Pouls S.105. Resp. 29.

18 mars. — Injection de 0,01 pilocarpine. Sudation assez abondante à la poitrine et au cou; salivation : 250 gr. de salive ; le tout dans une heure et demie.

Temp. M. 37° 5. Temp. S. 38° 7. Resp. 24.

Pouls. M.108. Pouls S.117. Resp. 30.

20 mars. — Injection pilocarpine 0,01. Mêmes sudation et salivation.

24 mars. — Les signes de la pleurésie existent toujours. Pas de pectoriloquie aphone. A la partie moyenne, toujours du souffle et du retentissement vocal indiquant la congestion pulmonaire.

Temp. M. 36° 7. Temp. S. 37° 2. Resp. 28.

Pouls M.100. Pouls S. 96. Resp. 24.

26 mars. — Le cœur est très-refoulé à droite.

Temp. M. 36° 8. Temp. S. 36.

27 mars. — Injection pilocarpine 0,01. Dans l'aisselle gauche, petite tumeur dure, douloureuse, grosse comme une amande, dont rien n'explique l'apparition. On l'incise.

Temp. M. 37° 4. Temp. S. 37° 5. Resp. 20.

Pouls M.108. Pouls S.108. Resp. 20.

30 mars. — Vomissements fréquents. La dyspnée augmente. L'épanchement est stationnaire.

Temp. M. 38° 1. Temp. S. 40°

1er avril. Toux fréquente, faiblesse extrême. Léger commence-

ment d'escharre au sacrum. *Ponction au trocart* qui donne issue à 1,800 gr. de pus de nature assez suspecte. Lavage à l'acide borique. Introduction d'un drain d'un calibre moyen. Le soir, râles ronflants et sibilants dans les deux poumons.

Suppuration abondante par le drain.

Temp. M. 36° 2. Temp. S. 37° 6.

On ne fait pas de lavages les jours suivants. Amélioration générale sensible. Léger emphysème au voisinage du drain.

8 avril. — *Premier lavage de la plèvre.* — Le liquide pénètre un peu, mais sort avec difficulté, goutte à goutte. Pansement phéniqué. Le pansement est renouvelé le soir.

Temp. M. 37°4. — Temp. S. 38°6.

9 avril. — L'injection pénètre à peine, on suspend le lavage. La sonorité du côté gauche est relativement satisfaisante.

Temp. M. 36°5. — Temp. S. 38°4.

10 avril. — On tente inutilement un lavage.

Temp. M. 36°2. — Temp. S. 37°6.

11 avril. — Amélioration très-sensible; on enlève le drain et on le remplace par une mèche. La matité est encore très-étendue.

Temp. M. 37°. — Temp. S. 37°5.

12 avril. — Suppuration presque nulle. On sonde la plaie à l'aide d'une bougie en gomme élastique, mais l'exploration est presque impossible. On supprime la mèche et on panse antiseptiquement.

Temp. M. 37°. — Temp. S. 37°8.

Les jours suivants, l'état se maintient pas trop mauvais; on fait des badigeonnages iodés.

21 avril. — Le malade se plaint de souffrir du côté gauche. La matité augmente; absence de vibrations et de murmure vésiculaire.

Temp. M. 37°5. — Temp. S. 38°8.

25 avril. — Circonférence = 0,89, hémithorax gauche 0,46, droit 0,43. La matité remonte jusqu'à 4 centimètres de la partie interne de l'épine de l'omoplate.

Temp. M. 37°. — Temp. S. 39°2.

27 avril. — Aux sommets, expiration un peu prolongée. En avant et à gauche, souffle amphorique.

Temp. M. 37°. — Temp. S. 39°4.

30 avril. — En arrière, à gauche, expiration un peu prolongée au sommet, respiration soufflante dans les autres parties du poumon. A droite, respiration rude avec quelques râles bronchiques. La matité se maintient au même niveau. En avant, le souffle prend sous la clavicule gauche un timbre amphorique de plus en plus caractérisée.

T. M. 36°8. — T. S. 40°
P. 116. — P. 110

2 mai. — *Ponction au trocart.* — Vers le milieu de la partie postérieure du septième espace. Plus de deux litres de pus bien lié. Le soir, encore un litre du même liquide.

T. M. 37°5. — T. S. 39°5. Resp. 26.
P. M. 100. — P. S. 132. Resp. 40.

3 mai. — Le malade a dormi. Le pansement est très-imbibé de pus. Autour du drain, la paroi thoracique forme un relief considérable résistant au doigt. La sonorité est revenue à la partie supérieure du poumon gauche. A gauche, en avant, le souffle amphorique à disparu; en arrière, on entend un souffle amphorique intense, produit par l'introduction de l'air dans la cavité thoracique. Frottements pleuraux à droite.

T. M. 36°. — T. S. 36°5.

14 mai. — On commence à faire le lavage de la plèvre avec des injections phéniquées.

T. M. 36°5. — T. S. 38°5.

24 mai. — Poids : 49 kil. 200. Etat général meilleur.

31 mai. — Poids : 50 kil. Suppuration peu abondante.

T. M. 35°. — T. S. 36°6.
Pouls 56.

2 juin. — Déformation du thorax à gauche; la colonne vertébrale est déviée de ce côté. A gauche et en avant, respiration rude et expiration prolongée; en arrière, matité à la partie supérieure, sonorité

normale à la base ; la respiration s'entend à la partie supérieure. A droite, signes normaux. Le cœur bat à sa place.

T. M. 36°4. — T. S. 36°8.

7 juin. — Poids : 52 kil. 200. On fait toujours un lavage le matin.

21 juin. — Poids : 54 kil. 100.

28 juin. — Poids : 54 kil. 600. Le drain a été remplacé par un autre plus petit.

5 juillet. — Poids : 56 kil.

12 juillet. — Poids : 52 kil. 600. Eau de lavage peu troublée.

25 juillet. — Poids : 58 kil.

8 août. — On fait des injections iodées deux fois par semaine. Suppuration minime. La cavité contient environ deux petites seringues de liquide.

16 août. — Poids : 59 kil. 900.

30 août. — Poids : 61 kil. 400.

12 septembre. — Suppuration nulle.

22 septembre. — Injections iodées une fois par semaine. Poids : 65 kil. ; pansements rares.

1er novembre. — 66 kil. 700.

6 novembre. — La fistule est légèrement enflammée.

7 novembre. — C'est le jour d'injection iodée ; on emploie une solution à 1/8, elle revient presque pure.

23 novembre. — Le drain étant tombé, on ne le remet pas. Depuis quelques jours, du reste, la fistule ne donne presque plus de pus.

29 novembre. — 66 kil. 700.

6 décembre. — Poids : 66 kil. 400.

16 décembre. — Sort complètement guéri pour jouir d'un congé de convalescence. Revu à la fin de mars 1886 : la guérison s'est parfaitement maintenue. S... fait son service de matelot sans aucune gêne.

Le traitement médical a consisté en :
Calmants : injections morphinées, opium ;
Diurétiques : digitale, scille ;
Sudorifiques : jaborandi, pilocarpine ;
Antithermiques : sulfate de quinine ;
Toniques : Banyuls, quinquina, etc.

# CONCLUSIONS

De ce qui précède et des observations que nous venons de citer nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes.

1° Le traitement de la pleurésie purulente doit être essentiellement chirurgical.

2° Parmi les moyens à employer, nous conseillons de faire d'abord une ou plusieurs ponctions aspiratrices qui, si elles sont insuffisantes, seront remplacées, soit par la pleurotomie, soit par la ponction avec un gros trocart.

3° La ponction sera le plus souvent employée. La pleurotomie est indiquée seulement dans les cas où le liquide purulent contient trop de grumeaux ou de fausses membranes, pour que la ponction lui donne une issue facile.

4° Si on fait la pleurotomie, il est bon d'anesthésier localement la partie où l'on doit opérer par des injections hypodermiques de cocaïne.

5° L'antisepsie la plus rigoureuse est nécessaire.

6° Il est inutile de se préoccuper de l'entrée de l'air, pourvu qu'on le rende aseptique.

7° On fera, après l'opération, des lavages fréquents dans la cavité pleurale. Ces lavages seront faits avec une grande mo-

dération et beaucoup de douceur ; ils ne seront pas trop abondants, afin de permettre aux adhérences de se former.

8° Les liquides employés en injection seront : l'acide phénique 25 pour 1000, l'acide borique 10 pour 1000, une solution d'iodure de potassium ioduré composée de iode, 20 gr., iodure de potassium, quantité suffisante, eau 1000 gr. Ces liquides seront plus ou moins dilués dans l'eau tiède, suivant la nature de la suppuration.

9° Il sera bon d'user, d'assez bonne heure, des moyens tels que la compression des Italiens, les inhalations et les bains d'air comprimés, la ceinture abdominale, etc.

Il est bien évident que le traitement général ne doit pas être laissé de côté, mais doit, au contraire, être l'objet de soins tout particuliers.

Vu : Bon à imprimer :

*Le Président de la Thèse,*
Dr Armand de FLEURY.

Vu : *Le Doyen,*
Dr A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 juillet 1886.

*Le Recteur de l'Académie,*
H. OUVRE.